

Formulario de inscripción para entregas a domicilio

Miembros de la Parte D de Medicare CastiaRx



¡Bienvenido al sistema de entregas a domicilio de CastiaRx Home Delivery Siga los cuatro pasos de este formulario y quedará registrado para la entrega a domicilio de sus medicamentos de mantenimiento, que puede ahorrarle tiempo y dinero.



1. Proporcione sus antecedentes

Información del paciente

NOMBRE

APELLIDO

NÚMERO DE GRUPO

IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

Masculino

Femenino

FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE ENVÍO

CIUDAD

ESTADO

CP

CORREO ELECTRÓNICO

NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO

Información de la receta y del prescriptor

CastiaRx se comunicará con su prescriptor para una nueva receta de 90 días

Nombre del medicamento y concentración

Nombre del prescriptor

Número de teléfono del prescriptor

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Tengo preguntas relacionadas con mi(s) medicamento(s) y quisiera que el farmacéutico se comunique conmigo

¿Tiene preguntas?

Llame al **866-516-1121** // TTY **866-706-4757**

Visite **CastiaRx.com**

H2773_QHPNY1170S_C

El formulario continúa >

1. Antecedentes (continuación)

Alergias

- aspirina sulfonamida
 penicilina ninguna
 codeína otro:

Afecciones de salud

- artritis presión arterial alta
 diabetes colesterol alto
 glaucoma trastorno(s) intestinal(es)
 afección cardíaca afección pulmonar
 tiroides
 otro:

2. Proporcione su información de pago

Usted puede pagar con tarjeta de crédito/débito, cheque electrónico, cheque o giro postal/bancario. El pago debe recibirse antes del envío del pedido. Para simplificar el proceso de reposición de la receta, autorice a CastiaRx Pharmacy a tener registrada su tarjeta de crédito/débito.

- Tarjeta de crédito/débito Autorizo que esta tarjeta quede registrada en mi registro para todos los pagos futuros
 Tarjeta FSA/HSA Llamarme para autorizar esta tarjeta antes de completar cada pedido
 Cheque electrónico*
 Cheque/giro*

*Un representante se comunicará con usted con el monto total; no envíe ningún pago con este formulario

Entiendo que CastiaRx Pharmacy cargará los gastos correspondientes de la receta a la tarjeta de crédito provista. También entiendo que al firmar este formulario los medicamentos recetados no pueden devolverse a la farmacia para crédito a menos que sea en base a un producto retirado del mercado, un defecto en un dispositivo médico, o de lo contrario, que sea aprobado previamente por la farmacia. Por ningún motivo la devolución de un medicamento resultará en su inmediata destrucción y no estará disponible para crédito.

NÚMERO DE TARJETA

CÓDIGO CVV

NOMBRE (como aparece en la tarjeta)

FECHA DE VENCIMIENTO

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (si difiere de la del envío)

FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA

FECHA

3. Revise su información y autorice

Certifico que la información del paciente ingresada en este formulario es correcta y que el mencionado paciente es elegible para beneficios bajo el programa de fármacos recetados, y autorizo la divulgación de toda la información al administrador del plan. La información de este formulario será de carácter confidencial, y se usará para surtir sus recetas y controlar toda interacción nociva entre fármaco/enfermedad. Autorizo la divulgación de toda información médica necesaria para procesar este reclamo.

FIRMA (obligatoria para procesar el pedido)

FECHA DE LA FIRMA

¿Tiene preguntas?

Llame al **866-516-1121** // TTY **866-706-4757**

Visite **CastiaRx.com**

El formulario continúa >

4. Envíe este formulario

Los formularios de inscripción pueden enviarse por:

Correo: CastiaRx Pharmacy
701 Emerson Road, Suite 301
Creve Coeur, MO 63141

Fax: 877-649-1910

Correo electrónico: HomeDelivery@CastiaRx.com

CastiaRx se comunicará con su prescriptor para obtener una receta de 90 días, o con su solicitud, su prescriptor puede enviar una receta de 90 días por medio de **ePrescribe** (NABP# 2611590, NPI# 1285737411), **fax** o **correo**. No podemos aceptar recetas por correo electrónico.

¿Tiene una receta que necesita reposición?

Si es su primera vez usando el sistema de entrega a domicilio de CastiaRX Home Delivery, tenga a bien completar y enviar este formulario de inscripción.

Si usted ya está registrado, pídale a su prescriptor que envíe la receta mediante:

ePrescribe a CastiaRx, NABP#: 2611590, NPI#: 1285737411.

Fax a CastiaRx al 877-649-1910. Debe incluir una portada de fax del consultorio del prescriptor.

Envío por correo de la receta original a CastiaRx Pharmacy, 701 Emerson Road, Suite 301, Creve Coeur, MO 63141.

Su prescriptor debe redactar la receta por un suministro de 90 días y detallar la cantidad exacta a suministrar.



Si tuviera en algún momento alguna pregunta sobre sus medicamentos, envíos o facturación, nuestros especialistas de servicio de apoyo están disponibles por vía telefónica.

Llame al **866-516-1121** // TTY **866-706-4757**

ATTENTION: CastiaRx complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-516-1121 (TTY: 1-866-706-4757).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-516-1121 (TTY: 1-866-706-4757). // CastiaRx cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-516-1121 (TTY: 1-866-706-4757)。 // CastiaRx 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。